

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ
ОСВІТИ імені П.Л.ШУПИКА

СИДОРЕНКО ГЕННАДІЙ ДМИТРОВИЧ

УДК 614.2:616-082:618.2:347.61:001.8

**НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ З УСКЛАДНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ
ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ**

14.02.03 – соціальна медицина

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ – 2009

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Донецькому національному медичному університеті
ім. М. Горького МОЗ України

Науковий керівник: Доктор медичних наук, професор **Слабкий Геннадій
Олексійович**, Український інститут стратегічних
досліджень МОЗ України, директор

Офіційні опоненти:

Захист відбудеться “___” _____ 2009 р., о _____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 26.613.07 в Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, кафедра управління охороною здоров'я, аудиторія № 6.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Автореферат розісланий “___” _____ 2009 р.

Вчений секретар спеціалізованої вченої ради,
к. мед.н., доцент
В.І. Бугро

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. В умовах прогнозованого подальшого зниження чисельності населення, посилювання негативної динаміки його вікової структури і зростання економічного навантаження на працездатне населення, найважливішою проблемою демографічної політики і необхідною умовою забезпечення національної безпеки країни є підвищення генеративного потенціалу і зміцнення репродуктивного здоров'я.

Репродуктивне здоров'я забезпечує можливість, крім іншого, здатність до відтворення [Всесвітня Організація Охорони Здоров'я, 1998]. На сьогодні стан соматичного і репродуктивного здоров'я в Україні є вкрай незадовільним [Центр медичинської статистики МОЗ України, 2006].

За роки незалежності в державі прийнято декілька нормативно-правових актів і програм стосовно охорони материнства, що відповідають міжнародним підходам до цієї проблеми. Їх виконання сприяло позитивній тенденції основних складових репродуктивного здоров'я, однак в цілому його стан знаходиться поза межами міжнародних стандартів.

Показники захворюваності жінок репродуктивного віку та материнської смертності, незважаючи на тенденцію до зниження, в Україні досить високі порівняно з середньоєвропейськими показниками [Всесвітня Організація Охорони Здоров'я, 1998].

Багато із цих смертей можна було б попередити, якби втручання були організовані належним чином.

Проблема створення моделі охорони здоров'я, яка б забезпечувала високоєфективну і таку, що не потребує великих матеріальних затрат медичну допомогу жінкам, стає все більш актуальною як для політиків так і для медичних працівників [Н.Г. Гойда, Н.Я. Жилка, М.Є. Єнікеєва, 2004]. Це пов'язано з рядом причин. Стрімкий розвиток сучасних діагностичних та лікувально-оздоровчих технологій призвів до збільшення вартості медичних послуг і, в свою чергу, обмежив доступність спеціалізованої медичної допомоги [В.М. Єнікеєва, 2008]. Значних затрат потребує й існуюча розгалужена та малоефективна система стаціонарної акушерської допомоги [Н.Г. Гойда, 2004].

В Україні, як і в більшості країн, існують три основні для обговорення і вирішення проблеми системи надання спеціалізованої акушерської допомоги: здешевлення вартості послуг охорони здоров'я, покращення доступності медичної допомоги, підвищення результативності медичної допомоги [Європейське Регіональне Бюро Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, 2002].

Ці проблеми взаємопов'язані і в цілому формують кластер глобальних проблем охорони здоров'я.

Але в науковій літературі кількість робіт, які розкривають проблему організації спеціалізованої медичної допомоги жінкам, особливо з ускладненням вагітності, пологів та післяпологового періоду є обмеженою і комплексно дане питання не вирішене. Відсутність наукового обґрунтування системи надання спеціалізованої

медичної допомоги жінкам з ускладненням вад пологового та післяпологового періоду і визначило актуальність теми дисертаційного дослідження та його мету і завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом комплексної НДР “Удосконалення медичної допомоги населенню з особливими потребами промислового регіону” згідно з планом Донецького національного медичного університету імені М. Горького, номер державної реєстрації 0103U007883, термін виконання 2003-2007 рр.

Дослідження здійснювалось у відповідності до Національної програми „Репродуктивне здоров'я 2001-2005”, затвердженої Указом Президента України від 26.03.2001 № 203.

Мета роботи. Обґрунтувати та розробити функціонально-організаційну модель оптимізації надання медичної допомоги жінкам з ускладненням вагітності, пологів та післяпологового періоду в умовах великого промислового регіону.

Завдання дослідження, зумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Аналіз та оцінка досвіду економічно розвинених країн, країн СНД та в Україні з питань організації медичної допомоги жінкам з ускладненням вагітності, пологів та післяпологового періоду.

2. Аналіз стану здоров'я вагітних, перебігу пологів та післяпологового періоду у жінок Донецької області.

3. Оцінка організації надання медичної допомоги жінкам з ускладненням вагітності, пологів та післяпологового періоду.

4. Вивчення щодо задоволеності рододопоміжною допомогою медичних працівників та породіль на рівні промислового регіону та ставлення їх до форм підвищення ефективності надання акушерської допомоги.

5. Розробку моделі інформаційного забезпечення з метою вдосконалення медичної допомоги жінкам з ускладненням вагітності пологів та післяпологового періоду в умовах великого промислового регіону.

6. Обґрунтування, розробку, впровадження та оцінку ефективності функціонально-організаційної моделі оптимізації надання акушерської допомоги жінкам з ускладненням вагітності, пологів та післяпологового періоду на рівні регіону.

Дослідження проводилося на базі акушерських виїздів та лікувально-профілактичних закладів, які надають вторинну допомогу (4 районних та 29 міських) та Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання. Дослідженням охоплено період з 2003 до 2007 рр

Об'єкт дослідження – система акушерської допомоги Донецької області.

Предмет дослідження – заклади медичної допомоги, статистичні звіти, історії пологів, медичні працівники, породіллі.

Методи дослідження:

- історико-інформаційний для вивчення та аналізу досвіду економічно розвинених країн, країн СНД та в Україні стану організації спеціалізованої медичної допомоги жінкам з ускладненням вагітності, пологів та післяпологового періоду;

- статистичний – для оцінки стану здоров'я вагітних, роділь та породіль, рівня материнської смертності та показників діяльності акушерських відділень Донецької області;
- соціологічний – з метою вивчення рівня задоволеності рододопоміжною допомогою породіль та умовами праці лікарів акушерів-гінекологів;
- інформаційних технологій – для оцінки рівня інформатизації та розробки інформаційної системи акушерської служби області;
- графічний – для наглядного представлення отриманих в ході дослідження матеріалів.

Обробка отриманих даних проводилася за допомогою комп'ютерної програми MS Excel.

Наукова новизна отриманих даних полягає в тому, що вперше в Україні на основі комплексного медико-соціологічного дослідження здійснено:

- Ретроспективний аналіз багатofакторних причин материнської смертності та проведена характеристика організації медичної допомоги жінкам з ускладненням вагітності, пологів та післяпологового періоду.
- Обґрунтування в системі акушерської допомоги телемедичних консультацій та визначення необхідних видатків на їх впровадження на рівні великої промислової області.
- Наукове обґрунтування та розробка функціонально-організаційної моделі оптимізації надання акушерської допомоги жінкам з ускладненням вагітності, пологів та післяпологового періоду на рівні регіону.

Вдосконалено:

- функціонально-організаційну модель надання медичної допомоги вагітним, роділлям та породіллям в акушерсько-гінекологічному центрі обласної багатoproфільної лікарні.

Теоретичне значення дослідження полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної медицини та організації охорони здоров'я в частині удосконалення акушерської допомоги жінкам з ускладненням вагітності, пологів та післяпологового періоду в частині впровадження дворівневої системи стаціонарної акушерської допомоги на рівні регіону.

Практичне значення результатів:

- Стали підставою для формування у промисловій області функціонально-організаційної моделі оптимізації надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду.
- Розроблення для практичної охорони здоров'я:
 -) Методичних рекомендацій з організації роботи даних стаціонарів акушерсько-гінекологічного профілю. Київ, 2004;
 -) Методичних рекомендацій з організації роботи виїзного обласного спеціалізованого центру екстреної та планової акушерської допомоги. Київ, 2007;
 -) Клініко-організаційного керівництва тактики ведення жінок з гіпертензією, яка викликана вагітністю. Україна - США, 2004;
 -) Клініко-організаційного керівництва надання жінкам медичних послуг, пов'язаних з абортами. Київ, 2006 (наказ МОЗ України від 25.07. 2006 №518).

Дані методичні рекомендації та клініко-організаційні керівництва використовуються в ЛПЗ Донецької області та в навчальному процесі в Донецькому Національному медичному університеті.

Впровадження результатів в практику здійснено на рівнях:

I. Державному:

- В пропозиціях до Державної програми “Репродуктивне здоров’я нації” на період до 2015 року, затвердженої постановою КМУ від 27.12.2006 №1849.

II. Галузевому:

- При підготовці Деклараційних патентів про винаходи:

Спосіб діагностики аутоімунного пошкодження головного мозку у вагітних з тяжкою прееклампсією та еклампсією 16.04.2001. Бюл. №3;

Спосіб діагностики ступеня тяжкості прееклампсії 16.04.2001. Бюл. №3.

- При підготовці методичних рекомендацій:

Організація роботи денних стаціонарів акушерсько-гінекологічного профілю. Київ, 2004;

Організація роботи виїзного обласного спеціалізованого центру екстреної та планової акушерської допомоги. Київ, 2007.

- При підготовці галузевого нововведення:

Функціонально-організаційна модель надання акушерсько-гінекологічної допомоги на рівні регіону”. Київ, 2006.

- При підготовці клініко-організаційних керівництв:

- Тактики ведення жінок з гіпертензією, яка викликана вагітністю. Україна-США, 2004;

- Надання жінкам медичних послуг, пов’язаних з абортами. Київ, 2006.

Особистий внесок здобувача. Автором особисто визначена мета і завдання дослідження, розроблена програма дослідження, обраний методичний апарат вирішення поставлених завдань, здійснено збір та викопіювання первинної документації, розроблені анкети соціологічних досліджень, проведене статистичне опрацювання матеріалу, узагальнено отриманні результати, обґрунтовано та розроблено функціонально-організаційну модель оптимізації надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду, здійснена оцінка запропонованих і впроваджених результатів, розроблені висновки та практичні рекомендації.

Апробація результатів. Результати досліджень, викладені в дисертації, оприлюднені:

На міжнародному рівні: I з’їзд комбустіологів Росії, 17-20 жовтня 2005 року, Москва; XI конгрес СФУЛТ, Полтава-Київ-Чикаго. 2006; міжнародний симпозиум 24 – 25 квітня 2003 року, Чернівці. 2003; міжнародний конгрес «Актуальные вопросы инфектологии в акушерстве и гинекологии». 17-19 июня 1998 г. Санкт-Петербург;

На національному рівні: Ювілейний VIII з’їзд ВУЛТ. м. Івано-Франківськ. 21-22 квітня 2005 р.; УП З’їзд Всеукраїнського лікарського товариства, м. Тернопіль, 16 – 17 травня 2003 р.; IV з’їзд спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров’я. м. Житомир 23-25 жовтня 2008; науково-практична конференція “Медицина сьогодні і завтра”, 10 березня 2003 р. Київ; науково-практичної

конференції “Медичні проблеми великого міста” 4 вересня 2003 р. М. Київ; науково-практична конференція “Актуальні питання клінічної медицини та післядипломної освіти”, Ялта, 13 – 14 травня 2004 року; науково-практичної конференції “Актуальні питання охорони здоров’я Донбасу” 22 вересня 2004 р. м. Донецьк; науково-практична конференція - Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002-2011 роки – крок до реформування галузі. Київ-Ужгород, 2006.

Публікації. Результати дисертації викладені в 37 наукових працях, в тому числі у 3 розділах монографій, у 8 статтях у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України (в одноосібному авторстві -2), 19 публікацій в інших виданнях, видано 2 клініко-організаційних керівництва, 2 методичні рекомендації, деклараційні патенти про винаходи –2, галузеве нововведення – 1.

Структура та обсяг роботи. Дисертаційна робота викладена на 183 сторінках машинописного тексту. Складається із вступу, аналітичного огляду наукової літератури, шести розділів власних досліджень та аналізу отриманих даних, містить 22 рисунки, 31 таблиця, 34 додатки. Бібліографія включає 265 джерела, у тому числі 49 – зарубіжних авторів.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Програма, обсяги, методи дослідження. Досягнення головної мети дослідження потребувало наявності спеціальної програми (рис 1), розробленої з використанням системного підходу, дослідження складалося із шести етапів, кожен із яких включав конкретні задачі другого порядку. Така багаторівнева структуризація задач дослідження забезпечувала його системність, оскільки результати, отримані на кожному попередньому етапі логічно ставали основою не тільки для послідовних етапів, а і для узагальнення отриманих результатів та наукового обґрунтування досягнення мети дослідження.

Перший етап передбачав вивчення досвіду економічно розвинених країн світу та країн СНД з питань організації акушерсько-гінекологічної допомоги з урахуванням стану здоров’я вагітних, роділь та породіль. Важливою задачею цього етапу було вивчення стану рішення даного питання в Україні.

На другому етапі були визначені програма, методи та обґрунтовані обсяги дослідження.

На третьому етапі було проведено оцінку стану здоров’я вагітних, роділь, породіль та рівня надання їм медичної допомоги. Для досягнення мети використовувались наступні форми статистичних звітів ЛПЗ за період з 2003 до 2007 рік: облікові форми № 002/0; 002-1/0; 003-1/0; 032/0; 057/0; 075/0; 084/0; 098/0; 096/0; 097-1/0; 099/0; 102/0; 103/0; 103-1/0; 106-2/0; 111/0; 113/0; 147/0; 147-1/0; 152/0; 153/0; 501-1/0; 501-2/0.

На четвертому етапі дослідження за допомогою соціологічного методу вивчалася характеристика породіллями та лікарями стану надання акушерської допомоги жінкам з ускладненим перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду.

П'ятий етап роботи передбачав наукове обґрунтування удосконалення моделі організації надання акушерсько-гінекологічної і в першу чергу ургентної акушерської допомоги. Поставлені задачі вирішувались із застосуванням методу системного підходу.

За програмою дослідження, що є його особливістю, передбачалось не тільки отримання результатів, їх наукова оцінка та обґрунтування механізмів удосконалення системи акушерсько-гінекологічної допомоги, але й одночасне її впровадження - що було виконано на шостому етапі дослідження.





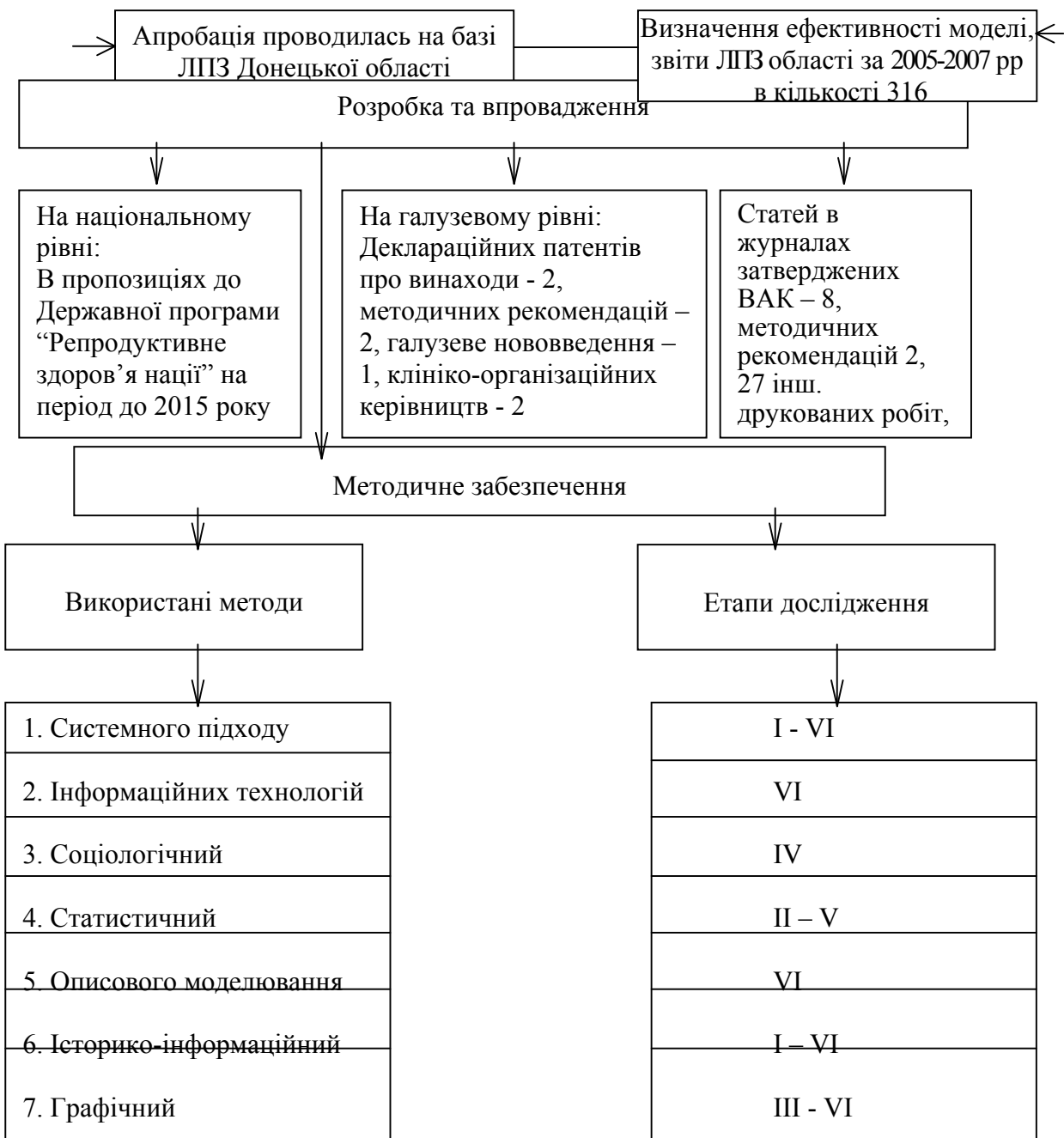


Рис. 1. Програми, обсяги та методи досліджень

За основу при оптимізації моделі надання акушерсько-гінекологічної допомоги в великому промисловому регіоні були взяті критерії ВООЗ - доступність медичної допомоги, високий рівень професіоналізму, що базується на існуючих знаннях та технологіях, ефективне використання ресурсів, задоволення потреб пацієнтів.

Результати дослідження. Проведене дослідження показало, що кількість пологів за період 2002 – 2006 рр в Донецькій області на 1000 жінок фертильного віку зростає на 7,1 і склала 32,5. Зростання відбулося як в міській (на 6,7), так і в сільській місцевості (на 2,4) на 1 000 жінок фертильного віку. Показано, що найвищий рівень ускладнень та несприятливих наслідків вагітностей було зареєстровано в 2003 році. Протягом наступних трьох років рівень ускладнень та несприятливих наслідків вагітності скорочувався і в 2006 році склав: анемії – 36,7;

хвороби сечостатевої системи – 24,9; хвороби систем кровообігу – 5,4; набряки, протеїнурія та гіпертензія – 8,6.

Рівень зареєстрованих ускладнень та несприятливих наслідків вагітності має значну різницю серед вагітних, що проживають в містах та сільській місцевості. Так в 2006 році найвищий рівень хвороб сечостатевої системи було зареєстровано серед вагітних Красно армійського району (25,7), а найменший (2,9) – Шахтарського району. Різниця склала 8,9 разів. Серед жінок, що проживають в містах найвищий рівень (48,9) зареєстровано в м. Макіївка, а найнижчий (2,9) в м. Харцизьку. Значна різниця зареєстрована і хвороб системи кровообігу вагітних. В 2006 році найвищий рівень хвороб системи кровообігу зареєстровано серед вагітних, що проживають в м. Сніжне (17,7), а найнижчий (0,4) серед вагітних м. Костянтинівна. В цілому серед міських вагітних захворюваність на хвороби кровообігу на 100 жінок, що закінчили вагітність зменшилась на 2,7 і в 2006 році склала 5,6. Серед сільських вагітних він складає 4,4.

В 2006 році найвищий рівень анемії було зареєстровано серед вагітних м. Єнакієве (53,7); м. Краматорська (56,3), в Слов'янському (60,5) та Амвросієвському (54,5) районах. Якщо серед вагітних, що проживають в містах на 100 жінок, що закінчили вагітність, захворюваність на анемії в 2006 році склала 37,1, то серед вагітних, що проживають в сільській місцевості вона підвищилась на 5,3 і склала 37,4.

Згідно до програми дослідження вивчався рівень таких ускладнень та несприятливих наслідків вагітності як набряки, протеїнурія та гіпертензія. Серед вагітних області дані ускладнення та несприятливі наслідки вагітності мають тенденцію до зниження. Одним із найскладніших ускладнень вагітності є преєклампсія. Преєклампсія складає 7,2 серед вагітних, що проживають в містах та 11,0 у вагітних, що проживають в сільській місцевості. Проведена характеристика перебігу пологів показала, що в 2006 році питома вага ускладнених пологів складає 38,7 %. В 2006 році рівень аномалій пологової діяльності склав 54,0. Високий рівень аномалії пологової діяльності зареєстровано в містах Шахтарськ (178,9), Костянтинівна (163,6), Дмитрів (121,6) та Тельмановському (200,0) і Амвросієвському (160,6) районах.

В ході дослідження було вивчено рівень таких ускладнень як передчасне відшарування плаценти та кровотеча. Рівень передлежання, передчасного відшарування плаценти та дородових кровотеч за п'ять років (2002 - 2006) зріс на 3,0 і склав 12,8. Найвищі рівні цих ускладнень зареєстровано в ЛПЗ м. Єнакієве (27,2) та в Мар'їнському (39,9) районі. Кровотеча в послідовому та післяродовому періодах має тенденцію до зниження з 18,9 в 2002 році до 13,3 в 2006 році.

Враховуючи, що показник материнської смертності є інтегрованим індикатором, який відображає якість медичної допомоги жінкам під час вагітності та пологів, рівень організації роботи рододопоміжних закладів, а також взаємодію економічних, соціальних, культурних, екологічних та санітарно-гігієнічних факторів нами вивчались та аналізувались дані про материнську смертність в Донецькій області за період 1990 – 2006 роки. За вказаний термін рівень материнської смертності на 100 тис. народжених скоротився з 28,5 до 12,7. Незважаючи на

скорочення, він значно перевищує відповідний показник в таких країнах, як Німеччина, Греція, Австрія, Молдова, Естонія, Хорватія, Угорщина, Чеська Республіка, Велика Британія. Більша частина жінок помирає в міських та районних ЛПЗ і до 20% випадків материнської смертності є попереджуваними. В структурі материнської смертності 26,4% займають кровотечі, 18,9% - екстрагенітальна патологія, 9,4% - септичні ускладнення, 3,8% - гестози, 41,5% - інші причини. Рис.2.

Вивчення ліжкового фонду акушерської служби області показало, що із загальної кількості пологових ліжок (1190) 95 (7,9%) знаходиться в обласних рододопоміжних закладах, 917 (77,0%) – міських закладах та 178 (15,1%) в ЛПЗ, що обслуговують жінок, які проживають в сільській місцевості. Дослідженням доведено, що потужність пологових відділень районних ЛПЗ, як правило, є малою, що у відповідності до чинної нормативної бази не дає змогу організувати надання цілодобової акушерської допомоги та допомоги роділлям та породіллям з тяжким перебігом пологів та їх ускладнень. У 50,0 % ЛПЗ потужність ліжкового фонду пологових відділень не перевищує 10 ліжок.

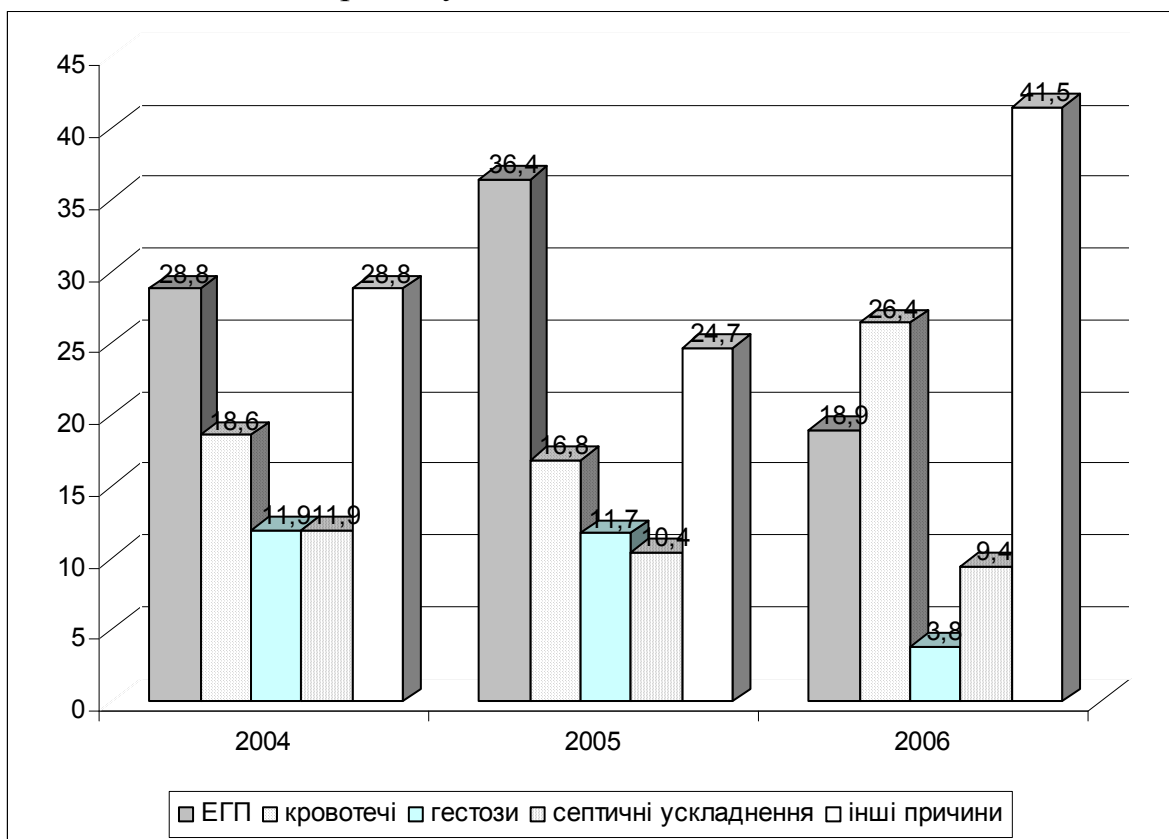


Рис. 2. Структура причин материнської смертності в Донецькій області (2004 – 2006 рр)

Дослідженням встановлено, що в пологових відділеннях районних ЛПЗ відсутні умови для проведення моніторингу за станом здоров'я вагітної, роділлі, породіллі та надання допомоги при ускладненнях перебігу пологів та післяпологового періоду: відсутність необхідної апаратури, операційних, реанімаційних палат.

Дослідженням встановлено, що в міських ЛПЗ пологове ліжко працювало від 142,3 дня на рік (м. Торез) до 339,7 днів (м. Дружківка). В м. Донецьк при наявності

6 пологових відділень потужністю 217 ліжок пологові ліжка використовувались 160,9 днів на рік.

В районних ЛПЗ пологові ліжка працювали від 50,9 днів на рік (Старобешівський район) до 356,3 днів на рік (Краснолиманський район).

Найдовше жінки перебувають на ліжку в містах Кіровське (13,6), Єнакієве (12,6) та Володарському районі (13,7 днів).

В ході дослідження вивчався рівень застосування хірургічних операцій з метою родорозршення. Найчастіше використовується кесарський розтин. Частота його використання в обласних ЛПЗ за п'ять років збільшилась на 5,6% (з 20,4% в 2002 р до 26,0% в 2006 р). Найчастіше кесарський розтин використовується в ЛПЗ міст Краматорськ (22,7%), Докучаївськ (18,5%) та Красноармійському районі (15,2%). Інші операції втручання використовуються рідко і не складають 1%.

Відповідно до програми соціологічних досліджень було охоплено 527 жінок в 6 районах області, 1237 жінок, що проживають в містах та 412 породіль із ДОКТМО. Крім того соціологічним дослідженням охоплено 44 лікаря акушера-гінеколога районних ЛПЗ та 384 лікаря акушера-гінеколога, які працюють в міських ЛПЗ та 37 лікарів акушерів-гінекологів із ДОКТМО.

Серед респондентів, які проживають в сільській місцевості першу дитину народило $23,1 \pm 1,8\%$, двох дітей мають $51,8 \pm 2,2\%$, трьох і більше дітей – $25,1 \pm 1,9\%$. За рівнем прибутку на члена сім'ї респонденти розподілились наступним чином: мають прибуток до 50 грн на місяць $10,6 \pm 1,3\%$, до 100 грн $17,7 \pm 1,7\%$, 100 – 200 грн $51,0 \pm 2,2\%$, більше 200 грн – $20,7 \pm 1,8\%$. В ході дослідження встановлено, що тільки $10,2 \pm 1,3\%$ вважає, що у пологових відділеннях рівень досліджень та лікувань відповідає сучасному рівню, а $8,2 \pm 1,2\%$ - не відповідає. Можливість пройти в стаціонарі призначене обстеження $26,0 \pm 1,9\%$ респондентів, а необхідне лікування за бюджетні кошти $5,9 \pm 1,0\%$ опитаних. У святкові та вихідні дні одержати лікарську допомогу змогли $33,4 \pm 2,1\%$ опитаних. Вважають доступними призначені ліки $51,6 \pm 2,2\%$ жінок. При цьому $10,2 \pm 1,3\%$ купували ліки повністю за свій кошт. Свою повну задоволеність якістю отриманої медичної допомоги виказало $14,6 \pm 1,5\%$ опитаних, неповною мірою задоволеними залишились $49,5 \pm 2,2\%$; повністю незадоволеними – $7,8 \pm 1,2\%$. Серед чинників незадоволених умовами перебування в акушерському стаціонарі стали: не ознайомлення з правами - $90,9 \pm 1,3\%$, незадовільний технічний стан споруд $76,5 \pm 1,8\%$, незадовільне харчування $89,4 \pm 1,3\%$.

Серед міських респондентів першу дитину народило $33,4 \pm 1,3\%$ респондентів, двоє дітей мають $56,9 \pm 1,4\%$, трьох і більше $9,6 \pm 0,8\%$. Міські жінки, в більшій мірі ніж сільські, забезпечені матеріально. Так, прибуток на члена сім'ї до 50 грн на місяць має $6,1 \pm 0,7\%$, а більше 200 грн $26,4 \pm 1,3\%$.

$18,7 \pm 1,1\%$ опитаних міських жінок вважає, що рівень лікування та досліджень у пологових відділеннях відповідає сучасному рівню. Якщо в районах ЛПЗ жінки не мають права вибору лікаря за власним бажанням, то в міських їх питома вага склала $7,8 \pm 0,8\%$. Пройти необхідні обстеження в стаціонарі мали можливість $18,5 \pm 1,1\%$, а отримати лікарську допомогу у вихідні та святкові дні – $79,8 \pm 1,1\%$ опитаних. $17,2 \pm 1,1\%$ повністю забезпечені лікарськими засобами в стаціонарі, а $15,9 \pm 1,0\%$ -

повністю лікарські засоби купували за свій кошт. При цьому $14,9 \pm 1,0\%$ респондентів вважає ціни на лікарські засоби недоступними. Серед жінок, які народжували в міських ЛПЗ, цілком задоволені якістю медичної допомоги $15,5 \pm 1,0\%$, а певною мірою задоволені – $40,5 \pm 1,4\%$, зовсім незадоволеними залишилось $6,8 \pm 0,7\%$. В міських ЛПЗ ознайомлені з правами $17,4 \pm 1,1\%$, задоволені технічним станом споруд – $52,7 \pm 1,4\%$, харчуванням – $16,0 \pm 1,0\%$.

Як в сільських закладах ($81,4 \pm 1,7\%$), так і в міських ($82,0 \pm 1,1\%$) жінки найбільше задоволені санітарним станом пологових відділень.

Серед жінок, які були опитані в ДОКТМО, першу дитину народжували $43,2 \pm 2,4\%$, двох дітей мають $40,5 \pm 2,4\%$, трьох та більше $16,3 \pm 1,8\%$. За рівнем прибутку на члена сім'ї жінки, що народжували в ДОКТМО, достовірно ($P < 0,05$), ніж сільські та міські жінки, мають більш високий рівень прибутків: $48,3 \pm 2,5\%$ - більше 150 грн. $90,3 \pm 1,5\%$ опитаних вважає, що у пологовому відділенні дослідження та лікування відповідає сучасному рівню. $98,8 \pm 0,5\%$ мали можливість пройти призначене обстеження в стаціонарі, всі жінки могли отримати лікарську допомогу у святкові та вихідні дні. Вивчення рівня забезпечення жінок у пологовому відділенні ДОКТМО лікарськими засобами показало, що $66,0 \pm 2,3\%$ з них отримали їх повністю за рахунок бюджетних коштів, а $34,0 \pm 2,3\%$ частково.

Цілком задоволеними якістю медичної допомоги залишились $52,4 \pm 2,5\%$, а певною мірою $42,3 \pm 2,4\%$. Зовсім незадоволених якістю медичної допомоги в ході дослідження не виявлено.

Незважаючи на те, що отримані показники, що до задоволеності респондентами ДОКТМО вищі, ніж результати опитування жінок в РЛ та МЛ в пологовому відділенні ДОКТМО $69,9 \pm 2,3\%$ жінок не знайомляться з правами та $66,5 \pm 2,3\%$ із опитаних незадоволені організацією харчування.

Результати соціологічного дослідження серед-лікарів акушерів-гінекологів, які працюють в районних ЛПЗ, показали, що в районних пологових відділеннях молоді спеціалісти ($4,5 \pm 3,1\%$) практично не працюють. Більшість лікарів ($65,9 \pm 7,1\%$) мають стаж роботи більше 15 років. Відповідно атестовані на вищу та першу категорію $77,3 \pm 6,3\%$. Серед опитаних лікарів РЛ задоволені умовами праці – $40,9 \pm 7,4\%$, забезпеченістю медичним обладнанням $18,2 \pm 5,8\%$, ліками – $11,4 \pm 4,8\%$. Всі опитані лікарі вказали на відсутність спеціалізованого автотранспорту для скерування жінок на вищі рівні надали медичної допомоги. Лікарі раз на п'ять років навчаються на курсах підвищення кваліфікації у вищих навчальних медичних закладах, $38,6 \pm 7,3\%$ приймає участь в роботі наукових конференцій, $70,5 \pm 6,9\%$ - в роботі семінарів на рівні ЛПЗ.

Лікарі районних ЛПЗ з метою покращання організації медичної допомоги вагітним, роділлям та породіллям запропонували: забезпечити відділення необхідним обладнанням – $63,6 \pm 7,3\%$; ліками у відповідності до клінічних протоколів – $77,2 \pm 6,3\%$; спеціалізованим автотранспортом – $84,1 \pm 5,5\%$; впровадити телемедичні консультації – $72,7 \pm 6,7\%$.

Опитування лікарів, що працюють в міських ЛПЗ показало, що найбільшими проблемами для пологових відділень міських ЛПЗ є відсутність спеціалізованого автотранспорту – $84,6 \pm 1,8\%$, забезпеченість ліками – $70,3 \pm 2,3\%$, забезпеченість

медичним обладнанням – $54,2 \pm 2,5\%$ та можливістю приймати участь у наукових конференціях $84,6 \pm 1,8\%$. За думкою лікарів-гінекологів, які працюють в міських ЛПЗ, підвищити якість медичної допомоги можна завдяки забезпеченню відділення необхідним обладнанням $42,7 \pm 2,5\%$ та засобами медичного призначення $97,7 \pm 0,8\%$; запровадити тренінги для лікарів – $97,7 \pm 0,8\%$, забезпечити заклади спеціальним медичним транспортом – $81,3 \pm 2,0\%$ та впровадити сучасні акушерські технології – $42,2 \pm 2,5\%$. За впровадження телемедичних консультацій позитивно висловились $73,2 \pm 2,3\%$ респондентів.

При проведенні соціологічного дослідження серед лікарів акушерів-гінекологів, які працюють в ДОКТМО, встановлено, що вони задоволені: умовами праці – $86,5 \pm 5,6\%$, забезпеченістю необхідним устаткуванням – $91,9 \pm 4,5\%$, лікарськими засобами – $78,4 \pm 6,8\%$.

Всі опитані лікарі ДОКТМО висловились за підвищення заробітної плати; серед лікарів, які працюють в міських ЛПЗ за підвищення заробітної плати висловились $84,6 \pm 1,8\%$ опитаних, а в районних – $70,5 \pm 6,9\%$.

Серед пропозицій, які висловили лікарі ДОКТМО з метою підвищення якості та ефективності акушерської допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду, слід відмітити проведення структурної реорганізації служби за рівнем надання медичної допомоги – $86,5 \pm 5,6\%$. За впровадження системи безперервної підготовки лікарів акушерів-гінекологів до застосування сучасних акушерських технологій $70,3 \pm 7,5\%$, обов'язкове навчання вагітних з критичними симптомами під час вагітності та тактиці їх дій – $73,0 \pm 7,3\%$ та впровадження телемедичних консультацій – $81,1 \pm 1,4\%$. Отримані в ході соціологічного дослідження результати стали підґрунтям, поряд з даними, які наведені в попередніх розділах, при розробці функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду на рівні промислового регіону.

Відповідно до програми дослідження було розроблено функціонально-організаційну модель оптимізації надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду. Рис 3.

Принципово новим в організації медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду та управління нею є організація інформаційного забезпечення коли в автономному режимі:

1. Лікуючі лікарі отримують необхідну інформацію про жінку в момент її надходження до лікарні навіть без наявності медичної документації;
2. Суб'єкт управління отримує всю узагальнену інформацію з всіх ЛПЗ області про жінок з тяжким перебігом вагітності, пологів, післяпологового періоду та їх ускладнень по мірі виникнення таких станів, або по мірі необхідності.
3. Складовою інформаційної системи став центр телемедичних консультацій з можливістю надання дистанційної спеціалізованої та кваліфікованої консультативної допомоги за місцем знаходження жінки.

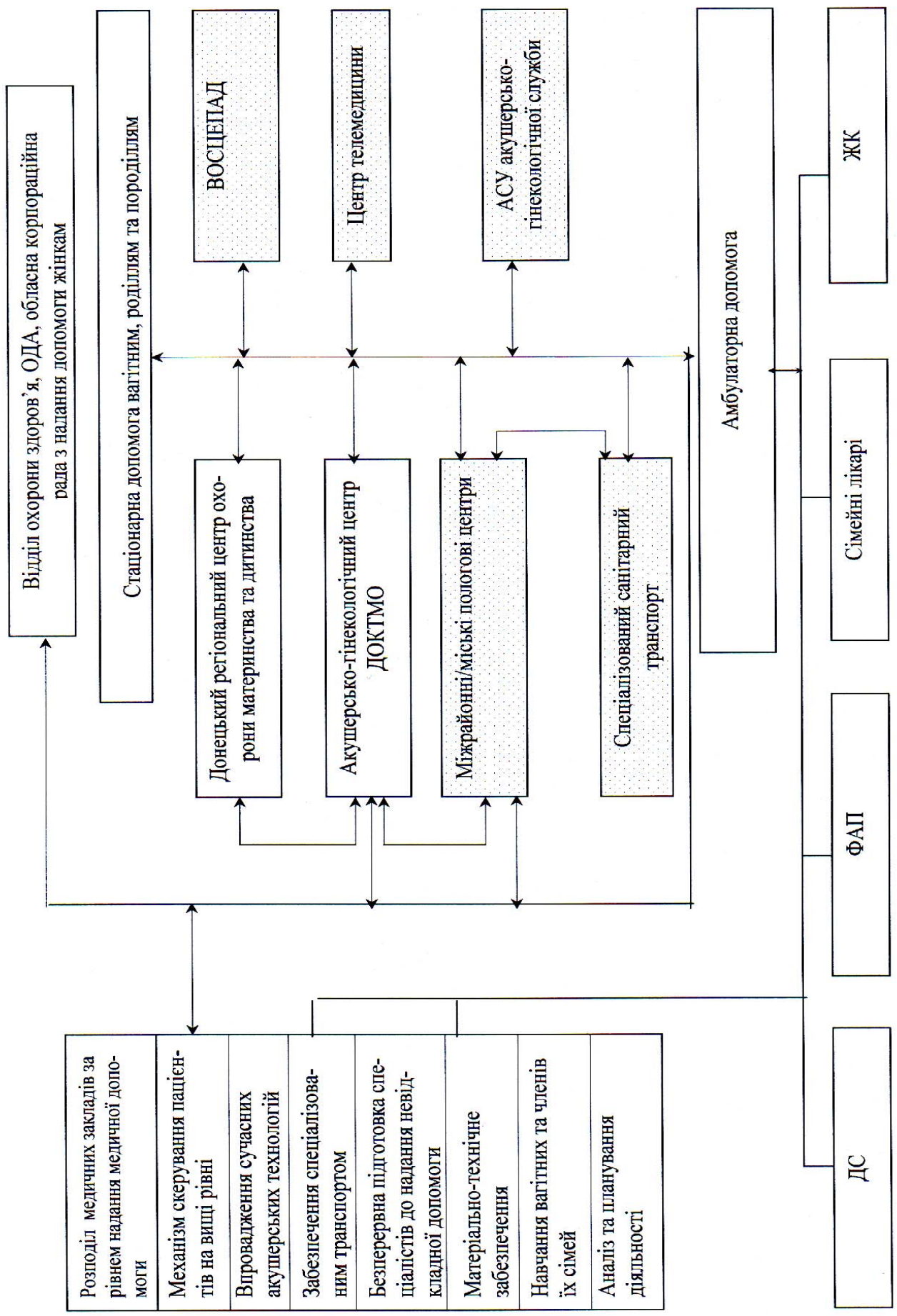


Рис 3. Функціонально-організаційна модель надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду, їх ускладнень на рівні промислової області

Нами до існуючої системи надання акушерської допомоги запропоновано внесення:

Первинний рівень:

– Сімейні лікарі проводять роботу не тільки з вагітною, а готують до появи дитини та забезпеченні перебігу здорової (фізіологічної) вагітності всю сім'ю. Вагітній жінці та членам її сім'ї видається письмова інформація як має перебігати вагітність, про загрозливі симптоми та в яких випадках і куди треба звертатися за медичною допомогою в разі їх появи.

– Фельдшери ФАПів, мають проводити той же обсяг медичних заходів, що й сімейні лікарі в селах, де відсутні сімейні лікарі.

Сімейні лікарі та фельдшери ФАПів заповнюють і подають до корпоративної інформаційної системи персоніфіковані дані про вагітних.

1) На етапі закінчення дослідження враховуючи малу потужність даних відділень, що не забезпечує відділення згідно чинної нормативної бази цілодобовим чергуванням медичних працівників, необхідним обладнанням, засобами медичного призначення ми прийшли до висновку про необхідність концентрації стаціонарної акушерської допомоги на міжрайонному рівні в потужних акушерських відділеннях. На базі станцій швидкої допомоги міст та районів формування спеціалізованої бригади (підготовка спеціалістів та укомплектування машини) для надання допомоги, транспортування вагітних з ускладненням перебігу вагітності.

2) Створення на базі існуючих типових ЛПЗ міжрайонних /міських пологових відділень основними задачами яких є:

– планова та ургентна консультативна акушерська допомога;

– планова та ургентна стаціонарна допомога вагітним, роділлям і породіллям з фізіологічним перебігом вагітності, пологів та з тяжким перебігом та ускладненнями II ст. складності.

Третинний рівень.

На третинному рівні обґрунтована функціонально-організаційна модель оптимізації надання допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду на базі багатопрофільної лікарні застосування якої надає можливість цілодобово надавати амбулаторну, стаціонарну та виїзну комплексну невідкладну допомогу жінкам . Рис.4.

Стратегічний напрямок запропонованої функціонально-організаційної моделі спрямовувався на підвищення медичної ефективності діяльності акушерської служби області при наданні допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Тактичним напрямком моделі стало обґрунтування етапності в наданні медичної допомоги жінкам вказаної категорії та запровадження механізму надання

екстреної високоспеціалізованої медичної допомоги вагітним, роділлям та породіллям з тяжким перебігом та ускладненнями за місцем знаходження.

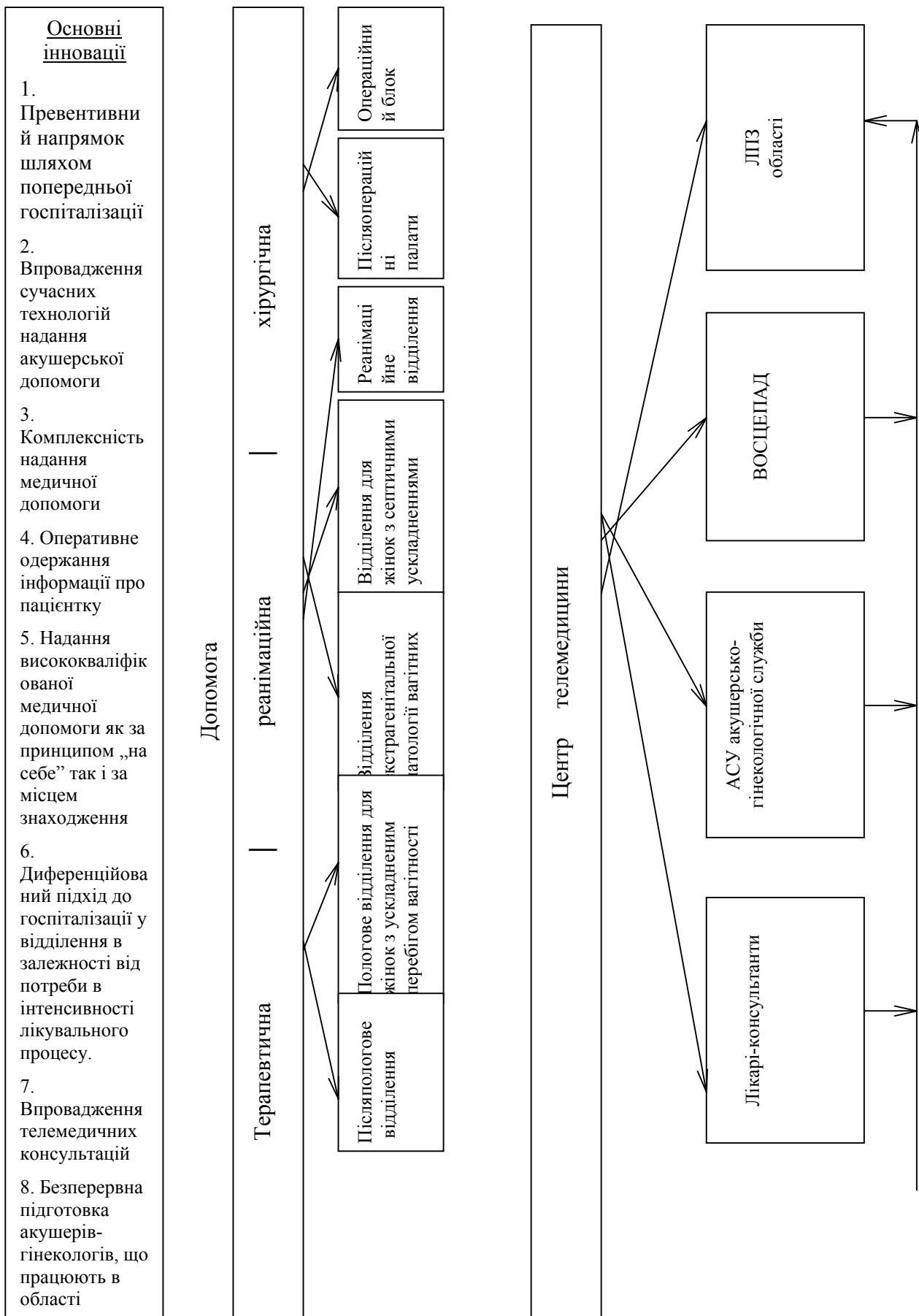


Рис.4 Функціонально-організаційна модель надання медичної допомоги вагітним, роділлям та породіллям в акушерсько-гінекологічному центрі обласної багатопрофільної лікарні

При цьому особливістю структурної перебудови існуючої системи стало включення до неї:

- 1) існуючих складових медичних закладів надання акушерської допомоги;
- 2) існуючих складових, але частково змінених за рахунок функціональної оптимізації (перинатальні центри);
- 3) якісно нових елементів створення на базі обласної багатопрофільної лікарні акушерсько-гінекологічного центру.

Структурну основу розробленої функціонально-організаційної моделі складають наявні ресурси діючої системи акушерсько-гінекологічної допомоги жіночому населенню на рівні області, а її впровадження не тільки вимагає додаткових фінансових витрат, а забезпечує їх більш раціональне використання.

В той же час, на відміну від раніше існуючої системи акушерської допомоги на рівні області запропонована модель вперше:

1) забезпечує системність та комплексність підходу до вирішення проблеми надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду;

2) вирішує проблему превентивної госпіталізації жінок з високим ризиком материнської смертності в заклади третинного рівня надання медичної акушерської допомоги;

3) дозволяє усунути виявлені диспропорції в організації надання стаціонарної допомоги вагітним, роділлям та породіллям в закладах охорони здоров'я різних рівнів;

4) забезпечує можливість надання планової та екстреної високоспеціалізованої акушерської допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду та їх ускладнень за місцем знаходження жінок;

5) дозволяє забезпечити транспортування жінок з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду до ЛПЗ більш високого рівня надання медичної допомоги;

6) дозволяє підготувати жінок та членів їх сімей до можливих ускладнень вагітності та тактиці їх дій на можливий випадок ускладнень.

Визначено ефективність обґрунтованої моделі. Вона полягає в скороченні рівня материнської смертності за період з 2000 р до 2006 року на 13,9 на 100 тис. народжених: з 26,6 в 2000 році до 12,7 в 2006 році, зниження рівня материнського травматизму на 0,6%-2,2% при раціональному використанні ресурсів, що дає можливість рекомендувати іновачії для впровадження в систему охорони здоров'я України.

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціологічним дослідженням встановлено невідповідність сучасним вимогам організаційних форм надання акушерської допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду, що потребувало наукового обґрунтування моделі її оптимізації, впровадження якої дало медичну, соціальну та економічну ефективність.

1. Встановлено високий рівень ускладнень та несприятливих наслідків вагітності, незважаючи на скорочення серед жінок, серед жінок Донецької області, який в 2,5 – 4,0 рази перевищує рівень країн Європи. Рівень анемії в 2006 році склав 36,7 на 100 жінок, які закінчили вагітність; хвороб сечостатевої системи - 24,9; хвороб системи кровообігу скоротився - 5,4; набряків, протеїнурії та гіпертензії - 8,6. Питома вага прееклампсій серед вагітних, що проживають в містах складає 7,2 %, а які проживають в сільській місцевості – 11,0 %.

2. Показано, що в динаміці п'яти років (2002 – 2006 рр) рівень пологів на 100 жінок фертильного віку зріс на 7,1 і в 2006 році склав 32,5, при цьому питома вага ускладнених пологів складає 38,7 %, аномалії пологової діяльності 52,8 %, передчасні пологи 3,2 %. Більш висока питома вага ускладнених пологів зареєстрована серед жінок, які проживають в сільській місцевості 41,8 % проти 38,7 % серед жінок, які проживають в містах. Серед ускладнень в послідовому і післяпологовому періоді 1,3 % займають кровотечі.

3. Виявлено, що показник материнської смертності за період з 2000 до 2006 року скоротився на 13,9 на 100 тис. народжених і склав 12,7, що значно підвищує відповідний показник країн Європи. Випадки материнської смертності в 2005 та 2006 роках зареєстровано в районних та міських закладах охорони здоров'я. В структурі материнської смертності 26,4 % займають кровотечі, 18,9 % - екстрагенітальна патологія, 9,4 % - септичні ускладнення, 3,8 % - гестози, 45,1 % - інші причини.

4. Показано, що потужність акушерського ліжкового фонду за період 2002 – 2006 років скоротилась на 56 ліжок і склала 1190. При цьому потужність 35,4 % пологових відділень не перевищує 15 ліжок, що у відповідності до чинної нормативно-правової бази не дає змогу організувати надання цілодобової акушерської допомоги. Всі пологові відділення районних лікарень не забезпечені апаратурою для проведення моніторингу за станом роділлі та породіллі, умовами для проведення реанімаційних заходів.

5. При вивченні рівня задоволеності породіль отриманою медичною допомогою встановлено, що повністю нею задоволені $14,6 \pm 1,5$ % жінок, що народжували в районних закладах охорони здоров'я; $15,5 \pm 1,0$ % в міських та $52,4 \pm 2,5$ % - в обласних. Основними причинами незадоволеності в районних закладах респондентами названі: неможливість пройти необхідні діагностичні обстеження ($74,0 \pm 2,0$ %), незабезпеченість засобами медичного призначення ($94,1 \pm 1,0$ %), неможливість отримати лікарську допомогу у вихідні та святкові дні ($66,6 \pm 2,1$ %); в міських відділеннях: невідповідність сучасним вимогам методів

обстеження та лікування ($38,4 \pm 1,3 \%$), незабезпеченість засобами медичного призначення ($82,8 \pm 1,1 \%$), неможливість отримати лікарську допомогу у вихідні та святкові дні ($12,6 \pm 0,9 \%$); у обласних закладах: неможливість вибору лікаря за власним бажанням ($65,5 \pm 2,3 \%$), не в повній мірі забезпечення лікарськими засобами ($22,8 \pm 2,1 \%$).

6. Показано низький рівень можливості лікарями виконання своїх професійних обов'язків. В районних лікарнях задоволені забезпеченістю медичним устаткуванням $18,2 \pm 5,8 \%$ лікарів, засобами медичного призначення $11,4 \pm 4,8 \%$, мають можливості отримати консультації лікарів-спеціалістів для породіль $25,0 \pm 6,5 \%$; в міських лікарнях задоволені забезпеченістю медичним устаткуванням $45,8 \pm 2,5 \%$, засобами медичного призначення $29,7 \pm 2,3 \%$, мають можливості отримати консультацію спеціалістів $57,0 \pm 2,5 \%$. $15,4 \pm 1,8 \%$ лікарів, що працюють в міських закладах, відмітили на наявність спеціального автотранспорту для скерування жінок на вищий рівень надання допомоги, в той час як лікарі, що працюють в районних закладах охорони здоров'я такої можливості не мають. Лікарі, що працюють в обласних закладах охорони здоров'я достовірно мають кращі умови для виконання своїх професійних обов'язків.

7. Обґрунтовано функціонально-організаційну модель оптимізації медичної допомоги на рівні промислової області жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду та їх ускладненнями на принципах етапності та запровадження механізму надання екстреної високоспеціалізованої медичної допомоги за місцем знаходження жінки. Структурними елементами запропонованої моделі є міжрайонні/міські акушерські відділення, акушерські центри на базі обласної багатопрофільної лікарні та виїзний обласний спеціалізований центр екстреної та планової акушерської допомоги до складу якого включено підрозділ телемедичних консультацій, інтеграція яких з раніше існуючими та функціонально-удосконаленими структурами надала моделі, як системі, нових якостей із сприяння удосконалення медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду та їх ускладненнями.

8. Дістало подальшого розвитку інформаційне забезпечення діяльності акушерської служби області, яке ґрунтується на системному, процесорному та ситуаційному підходах і забезпечує створення реєстру про вагітних та доступ, за згодою жінки, до інформації в кожному пологовому відділенні області, а також дає можливість отримати узагальнену інформацію для прийняття управлінських рішень на всіх рівнях надання акушерської допомоги - від конкретного лікаря до всієї системи. Враховуючи простоту використання з системою можуть працювати медичні працівники після відповідного інструктажу.

9. Впровадження запропонованої функціонально-організаційної моделі оптимізації надання акушерської допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду та їх ускладненнями відповідає вимогам ВООЗ, що до безпечного материнства (2000) і показала свою ефективність у зниженні рівня материнської смертності за період з 2000 року по 2006 рік на 13,9 на 100 тис

народжених. Впровадження телемедичних консультацій має економічну, соціальну та технічну ефективність.

10. Враховуючи відповідність функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду, міжнародним підходам та її ефективність, можна рекомендувати для впровадження в інших областях України.

Список робіт за темою дисертації

Розділи монографій

1. Свиридова В.В. Репродуктивне здоров'я населення у демографічному контексті/ Свиридова В.В., Сидоренко Г.Д. // Репродуктивне здоров'я: медико-соціальні проблеми. /За ред. В.М.Лобаса, Г.О.Слабкого. Донецьк. Либідь. 2004. С.4-22.

2. Репродуктивне здоров'я/ О.О.Дудіна , Р.О. Моїсеєнко , Н.Я. Жилка, Г.Д.Сидоренко //Стан здоров'я населення України та результати діяльності галузі охорони здоров'я.2003 р./ За ред. В.М. Пономаренко. –Київ. -2007. –С.100 - 120

3. Сидоренко Г.Д. Програми профілактики передачі ВІЛ через кров/Г.Д.Сидоренко//Стан епідемії ВІЛ/Сніду в Донецькій області та аналіз заходів протидії./За ред. Т.В.Проценка та Г.О.Слабкого. Вид-во Раєвського. Київ. 2007. – С. 93-95

У періодичних фахових виданнях, затверджених ВАК України

4.Слабкий Г. О. Функціонально-організаційна система надання акушерської допомоги жіночому населенню великого промислового регіону в рамках впровадження сімейної медицини / Г. О. Слабкий, Г. Д. Сидоренко // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С. 113.

5.Сидоренко Г.Д. Оцінка родяльями та породяльями одержаної медичної допомоги / Г.Д.Сидоренко// Здоров'я жінки. 2006. - №2 (26)- С. 29-30

6.Слабкий Г.О. Стан організації акушерсько-гінекологічної допомоги у великому промисловому регіоні (за даними медико-соціального дослідження) /Г.О.Слабкий, Г.Д.Сидоренко// Клінічна та експериментальна патологія. Т.11. 2003. - №1. – С. 74 – 76

7.Слабкий Г.О. Осложнения беременности как основание к медико-организационным мероприятиям /Г.О.Слабкий, Г.Д.Сидоренко, Б.А.Успенський // Весник гигиены и эпидемиологии. – 2002. – Том 6. - №2. Приложение. – С. 208 – 210

8.Слабкий Г.О. Репродуктивне здоров'я жінок як важлива умова реорганізації системи акушерсько-гінекологічної допомоги /Г.О.Слабкий, Г.Д.Сидоренко, Б.А.Успенський// Український медичний альманах. 2003. - №1. – С. 121 – 123

9.Сидоренко Г.Д. Современные взгляды на этиологию и патогенез фибромы матки /Г.Д.Сидоренко // Архив клинической и экспериментальной медицины. 1998 - №2. Т.7. - С. 222-225.

10.Яковлева Э.Б. Особенности развития девочек извлеченных путем кесарева сечения./ Э.Б.Яковлева З.Б., Г.Д. Сидоренко, Н.С. Толкач //Вісник проблем біології і медицини. 1998. - №15. - С. 97-100.

11.Яковлева Э.Б. Иммуногормональные механизмы становления репродуктивной функции у девочек- подростков./Э.Б. Яковлева, Я.В. Кравцова, Г.Д.Сидоренко //Вісник проблем біології і медицини. 1999. -№2. -С.11-17.

Клініко - організаційні керівництва

12.Венцівський Б.М.Тактика ведення жінок з гіпертензією, яка викликана вагітністю (клінічно-організаційне керівництво)/Б.М. Венцівський, Н.Я. Жилка, А.П. Гук [та ін.]// США – Україна. – 2004. – 45 с.

13.Надання жінкам медичних послуг, пов'язаних з абортom: клініко-організаційне керівництво./Г.О. Слабкий , Г.Д. Сидоренко, О.В. Горбенко [та ін.]// Київ. - 2006. - 76 с.

У інших наукових виданнях

14.Сидоренко Г. Д. Экстрагенитальная патология у беременных как медико-социальная проблема здравоохранения крупного промышленного региона / Г. Д. Сидоренко // Медичні проблеми промислового регіону : матер. наук.-практ. конф., м. Київ, 29 черв. 2003 р. – К., 2003. – С. 47–51.

15.Сидоренко Г. Д. Некоторые вопросы диагностики медицинской помощи женщин с перенесенной беременностью / Г. Д. Сидоренко // Актуальні питання охорони здоров'я Донбасу : матер. наук.-практ. конф., м. Донецьк, 22 вер. 2004 р. – Донецьк, 2004. – С. 40–42.

17.Сидоренко Г. Д. Кесарево сечение – важнейший этап оказания акушерской ургентной помощи беременным и роженицам промышленного региона / Г. Д. Сидоренко // Медичні проблеми великого міста : матер. наук.-практ. конф., м. Київ, 4 вер. 2003 р. – К., 2003. – С. 41–45.

18.Сидоренко Г. Д. Рівні надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги населенню / Г. Д. Сидоренко // Медицина сьогодні і завтра : матер. наук.-практ. конф., м. Київ, 10 бер. 2003 р. – К., 2003. – С. 19–20.

19.Сидоренко Г.Д. Основні принципи організації акушерської допомоги жінкам в умовах реформування галузі охорони здоров'я/ Г. Д. Сидоренко // Матеріали ХІ конгресу світової федерації Українських лікарських товариств. Полтава-Київ-Чикаго.-2006. - С. 55

20.Сидоренко Г.Д. Рівні надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги населенню/ Г. Д. Сидоренко // Матеріали науково-практичної конференції «медицина сьогодні і завтра». 10 березня 2003 - Київ. - С. 19-20

21.Сидоренко Г.Д. Стан організації акушерсько-гінекологічної допомоги у великому промисловому регіоні (за даними медико-соціологічного дослідження / Г. Д. Сидоренко Актуальні питання сучасної медичної допомоги населенню: Матеріали міжнародного симпозіуму, 24 – 25 квітня 2003 року. – Чернівці. – 2003. – С. 88- 92

22.Сидоренко Г.Д Рівні надання стаціонарної медичної допомоги в сфері репродуктивного здоров'я / Г. Д. Сидоренко //Українські медичні вісті. Січень –

червень 2003, Том5, число 1 (63). Тези доповідей. УП 3'їзд Всеукраїнського лікарського товариства, м. Тернопіль, 16 – 17 травня 2003 р. – С. 23

23.Сидоренко Г.Д. Стан здоров'я вагітних великого промислового регіону в умовах екологічного лиха (на прикладі Донецької області) / Г. Д. Сидоренко //Тези доповідей науково-практичної конференції «Актуальні питання клінічної медицини та післядипломної освіти». Ялта, 13 – 14 травня 2004 року. Ялта. – 2004. – С. 103 – 104

24.Успенський Б.А. Деякі питання забезпечення якості надання медичної допомоги в сфері репродуктивного здоров'я/ Б.А. Успенський, Г.Д.Сидоренко, В.Л. Подоляка //Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. 2004. -№4 (28). – С.111-119

25.Сидоренко Г.Д. Функціонально-організаційна система надання акушерської допомоги жіночому населенню великого промислового регіону в рамках впровадження сімейної медицини / Г. Д. Сидоренко //Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. - №3. – С. 113

26.Слабкий Г.О.Стан організації акушерсько-гінекологічної допомоги у великому промисловому регіоні (за даними медико-соціального дослідження)/ Г.О.Слабкий, Г.Д.Сидоренко //Клінічна та експериментальна патологія. Т.11. 2003. - №1. - С. 74 – 76.

27. Деякі питання забезпечення якості надання медичної допомоги в сфері репродуктивного здоров'я./ Г.О. Слабкий, Б.А. Успенський, Г.Д.Сидоренко, В.Л.Подоляка //Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. 2004. -№4 (28). – С. 111-119

28.Жилка Н.Я. Результати медико-соціологічного дослідження серед лікарів щодо шляхів підвищення якості медичної допомоги в сфері репродуктивного здоров'я./ Н.Я.Жилка, Г.Д.Сидоренко, О.А.Валієв /Матеріали науково-практичної конференції Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки - крок до реформування галузі. Київ-Ужгород, 2006. -С.151 – 153.

29.Сидоренко Г.Д.Особенности обследования и лечения эктопий матки у девочек-подростков/Г.Д. Сидоренко, Э.Б. Яковлева, Ю.М. Халецкий //Журнал акушерства и гинекологических болезней. Специальный выпуск. Пленум Межведомственного Научного совета по акушерству и гинекологии РАМН и Всероссийская научно-практическая конференция ассоциации акушеров-гинекологов "Актуальные вопросы инфекций в акушерстве и гинекологии». 26-28 мая 1998 г. Санкт - Петербург. 1998. - С-37.

30. Сидоренко Г.Д. Актуальні питання організації надання акушерської медичної допомоги жінкам у критичних станах / Г.Д.Сидоренко//Ювілейний VIII з'їзд /ВУЛТ. м. Івано-Франківськ. 21-22 квітня 2005 р. Тези доповідей. Українські Медичні вісті. 2005. Т.6 . Число 1-2 (64-65)- С. 455.

31. Тактика ведения беременности на фоне термических поражений кожных покровов./А.В. Чурилов, С.В.Кушнир, С.А. Джеломанова, В.В.Свиридова, Г.Д. Сидоренко //Сборник научных трудов I съезда комбустиологов России. 17-20 октября 2005 . Москва. 2005. - С. 110-11.

32.Свиридова В.В.Аналіз ускладнень та несприятливих наслідків вагітності в

Донецькій області./В.В. Свиридова, Г.Д. Сидоренко, Т.Г. Петренко /Матеріали ІV з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я. Т. 2. Київ-Житомир, -2008. –С.208-211.

Деклараційні патенти

33. Колесніков А.М. Спосіб діагностики аутоімунного пошкодження головного мозку у вагітних з тяжкою прееклампсією та еклампсією./ А.М.Колесніков, В.І.Черній, Г.Д.Сидиренко [та інш.] //16.04.2001 Бюл. №3.

34. Колесніков А.М. Спосіб діагностики ступеня тяжкості прееклампсії./ А.М.Колесніков, В.І.Черній, Г.Д.Сидиренко [та інш.] //16.04.2001 Бюл.№3.

Методичні рекомендації

35. Організація роботи денних стаціонарів акушерсько-гінекологічного профілю/ Г.О. Слабкий, В.В. Свиридова, Г.Д. Сидоренко, Т.Г. Петренко // Донецьк – 2004. – 35 с

36. Організація роботи виїзного обласного спеціалізованого центру екстреної та планової акушерської допомоги/ Н.Я.Жилка, В.М. Лобас, Г.О. Слабкий, О.Т. Дорохова, В.В. Свиридова, В.Л. Подоляка, Т.Г. Петренко, Г.Д. Сидоренко // Київ.- 2007. – 14 с.

Галузеві нововведення

37. Функціонально - організаційна модель надання акушерсько-гінекологічної допомоги на рівні регіону./ Г.О. Слабкий, Г.Д. Сидоренко, Т.Г. Петренко // Реєстр галузевих нововведень. 2007. Випуск реєстра 26-27.

АНОТАЦІЯ

Сидоренко Г.Д. Вдосконалення організації спеціалізованої медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду в умовах великого промислового регіону- Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шутика, Київ, 2009.

Дисертація присвячена науковому обґрунтуванню сучасної функціонально-організаційної моделі оптимізації надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду, оскільки існуюча система не забезпечує достатній рівень медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду, особливо на рівні районних та міських лікарень. Визначені основні недоліки в організації медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду (на прикладі Донецької області).

У дослідженні встановлені основні причини низької ефективності медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Дослідженням обґрунтована функціонально-організаційна модель оптимізації надання медичної допомоги жінкам з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду при принципах системності та функціональної єдності, зберігаючи наявні елементи існуючої системи: створення міжрайонних/міських пологових відділень, акушерсько-гінекологічного центру на базі багато профільної обласної лікарні та на його базі ВОСЦЕПАД. Обґрунтовано, що в основу роботи центру покладено автоматизовану систему управління з застосуванням телемедичних технологій.

Ключові слова: акушерська допомога; жінки з тяжким перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду; оптимізована модель.

Sidorenko G.D. Perfection of organization of the specialized medical assistance to the women with heavy motion of pregnancy, birth and after-puerperium period in the conditions of large industrial region - Manuscript.

Dissertation on the obtaining of scientific degree of candidate of medical sciences, by speciality 14.02.03 social medicine. The National Medical Academy of post graduational education named in honour of P.L.Shupika, Kiev, 2009.

Dissertation is devoted to scientific explanation of modern functional-organizational model of optimization of medical assistance providing to the women with heavy motion of pregnancy, birth and after-puerperium period, as the existent system does not provide the sufficient level of medical assistance to the women with heavy motion of pregnancy, birth and after-puerperium period, especially at the level of district and municipal hospitals. Basic failings in organization of medical assistance to the women with heavy motion of pregnancy, birth and after-puerperium period are determined on the example of the Donetsk region.

In the research the principal reasons of low efficiency of medical assistance to the women with heavy motion of pregnancy, birth and after-puerperium period were established.

By means of research the functional-organizational model of optimization of medical assistance providing to the women with heavy motion of pregnancy, birth and after-puerperium period is explained by principles of the system and functional unity, keeping the present elements of the existent system: creation of interdistrict\municipal maternity departments, creation of obstetric-gynecological center on base of multi-type regional hospital and on its base Exit Regional Specialized Center Emergency and Scheduled Obstetric Help. It's explained, that in the basis of center work the automated control system with the use of telemedia technologies is installed.

Keywords: obstetric help; women with heavy motion of pregnancy, birth and after puerperium period; optimized model.

Сидоренко Г.Д. Усовершенствование организации специализированной медицинской помощи женщинам с тяжелым течением беременности, родов и послеродового периода. – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – социальная медицина. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика, Киев, 2009.

Диссертация посвящена научному обоснованию современной функционально-организационной модели оптимизации предоставления медицинской помощи женщинам с тяжелым ходом беременности, родов и послеродового периода, поскольку существующая система не обеспечивает достаточный уровень медицинской помощи женщинам с тяжелым течением беременности, родов и послеродового периода, особенно на уровне районных и городских больниц. Определенные основные недостатки в организации медицинской помощи женщинам с тяжелым течением беременности, родов и послеродового периода (на примере Донецкой области).

В исследовании установленные основные причины низкой эффективности медицинской помощи женщинам с тяжелым течением беременности, родов и послеродового периода.

Проведенное исследование показало, что количество родов за период 2002 - 2006 гг в Донецкой области на 1000 женщин фертильного возраста выросла на 7,1 и составила 32,5. Рост состоялся как в городской (на 6,7), так и в сельской местности (на 2,4) на 1 000 женщин фертильного возраста. Показано, что наивысший уровень осложнений и неблагоприятных следствий беременностей был зарегистрирован в 2003 году. На протяжении следующих трех лет уровень осложнений и неблагоприятных следствий беременности сокращался и в 2006 году составил: анемии - 36,7; болезни мочеполовой системы - 24,9; болезни систем кровообращения - 5,4; отеки, протеинурия и гипертензия - 8,6.

В ходе исследования был изучен уровень таких осложнений как преждевременная отслойка плаценты и кровотечение. Уровень преждевременной отслойки плаценты и дородовых кровотечений за пять лет (2002 - 2006) вырос на 3,0 и составил 12,8. Наивысшие уровни этих осложнений зарегистрированы в ЛПЗ г. Енакиево (27,2) и в Марьинском (39,9) районе. Кровотечение в последовом и послеродовом периодах имеет тенденцию к снижению с 18,9 в 2002 году до 13,3 в 2006 году.

Учитывая, что показатель материнской смертности является интегрированным индикатором, который отображает качество медицинской помощи женщинам во время беременности и родов, уровень организации работы родовспомогательных заведений, а также взаимодействие экономических, социальных, культурных, экологических и санитарно-гигиенических факторов нами изучались и анализировались данные о материнской смертности в Донецкой области за период 1990 - 2006 годы. За указанный срок уровень материнской смертности на 100 тыс. рожденных сократился с 28,5 до 12,7. Невзирая на сокращение, он значительно превышает соответствующий показатель в таких странах, как Германия, Греция, Австрия, Молдавия, Эстония, Хорватия, Венгрия, Чешская Республика, Великобритания. Большая часть женщин умирает в городских и районных ЛПЗ и до 20% случаев материнской смертности являются предупреждаемыми. В структуре

материнской смертности 26,4% занимают кровотечения, 18,9% - экстрагенитальная патология, 9,4% - септические осложнения, 3,8% - гестоз, 41,5% - другие причины.

Изучение коечного фонда акушерской службы области показало, что из общего количества родильных кроватей (1190) 95 (7,9%) находится в областных родовспомогательных заведениях, 917 (77,0%) - городских заведениях и 178 (15,1%) в ЛПЗ, что обслуживают женщин, которые проживают в сельской местности. Исследованиями доказано, что мощность родильных отделений районных ЛПЗ, как правило, является малой, что в соответствии с действующей нормативной базой не дает возможность организовать предоставление круглосуточной акушерской помощи и помощи роженицам и родильницам с тяжелым течением родов и их осложнениями. В 50,0% ЛПЗ мощность коечного фонда родильных отделений не превышает 10 кроватей.

Результаты социологического исследования среди врачей акушеров-гинекологов, которые работают в районных ЛПЗ, показали, что в районных родильных отделениях молодые специалисты ($4,5 \pm 3,1\%$) практически не работают. Большинство врачей ($65,9 \pm 7,1\%$) имеют стаж работы более 15 лет. Соответственно аттестовали на высшую и первую категорию $77,3 \pm 6,3\%$. Среди опрошенных врачей районных больниц довольные условиями труда - $40,9 \pm 7,4\%$, обеспеченностью медицинским оборудованием $18,2 \pm 5,8\%$, лекарствами - $11,4 \pm 4,8\%$. Все опрошенные врачи указали на отсутствие специализированного автотранспорта для направления женщин на высшие уровни оказания медицинской помощи. Врачи раз в пять лет учатся на курсах повышения квалификации в высших учебных медицинских заведениях, $38,6 \pm 7,3\%$ принимает участие в работе научных конференций, $70,5 \pm 6,9$ - в работе семинаров на уровне ЛПУ.

Врачи районных ЛПУ с целью улучшения организации медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам предложили: обеспечить отделение необходимым оборудованием - $63,6 \pm 7,3\%$; лекарствами в соответствии с клиническими протоколами - $77,2 \pm 6,3\%$; специализированным автотранспортом - $84,1 \pm 5,5\%$; внедрить телемедицинские консультации - $72,7 \pm 6,7\%$.

Опрос врачей, которые работают в городских ЛПУ показало, что наибольшими проблемами для родильных отделений городских ЛПУ есть отсутствие специализированного автотранспорта - $84,6 \pm 1,8\%$, обеспеченность лекарствами - $70,3 \pm 2,3\%$, обеспеченность медицинским оборудованием - $54,2 \pm 2,5\%$, невозможностью принимать участие в научных конференциях $84,6 \pm 1,8\%$. По мнению врачей акушеров-гинекологов, которые работают в городских ЛПУ, повысить качество медицинской помощи можно благодаря обеспечению отделения необходимым оборудованием $42,7 \pm 2,5\%$, средствами медицинского назначения $97,7 \pm 0,8\%$; внедрить тренинги для врачей - $97,7 \pm 0,8\%$, обеспечить заведения специальным медицинским транспортом - $81,3 \pm 2,0\%$, внедрить современные акушерские технологии - $42,2 \pm 2,5\%$. За внедрение телемедицинских консультаций положительно высказалось $73,2 \pm 2,3\%$ респондентов.

Исследованием обоснована функционально-организационная модель оптимизации оказания медицинской помощи женщинам с тяжелым течением беременности, родов и послеродового периода на принципах системности и

функціональної цілостности, зберігаючи існуючі елементи існуючої системи: створення міжрайонних/городських родильних відділень, акушерско-гінекологічного центру на базі багатопрофільної обласної лікарні і на його базі ВОСЦЭАП. Обґрунтовано, що в основу роботи центру покладено автоматизована система управління з використанням телемедичних технологій.

Умовні скорочення:

АСУ – автоматизована система управління

ВОСЦЭАП – виїзний обласний спеціалізований центр екстреної та планової акушерської допомоги

ДОКТМО – Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання

ДС – денний стаціонар

ЖК – жіноча консультація

ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад

МЛ – міська лікарня

РЛ – районна лікарня

ФАП - фелшерсько акушерський пункт